

Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

Evaluación de Resultados
CASTILLA-LA MANCHA 2014



EVALUACIÓN PDPCM 2014 RESUMEN DATOS DE ACTIVIDAD

PARTICIPACION

La interpretación correcta de la evolución de las cifras de participación anuales debe estar referida al contexto cronológico de la implementación territorial del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) en Castilla-La Mancha.

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales desarrolla desde el año 1992 el PDPCM, iniciado como experiencia piloto en el Área de Salud de Talavera de la Reina. En este mismo año el Programa se extendió a la provincia de Cuenca y posteriormente fue implantándose en el resto de la región, con la incorporación de las provincias de Ciudad Real y Toledo en 1993, Guadalajara en 1995, Albacete 1996 y el área sanitaria Mancha – Centro en 1997, año en el que la cobertura territorial del PDPCM alcanza el 100%.

Tabla 1. Características generales del PDPCM de Castilla-La Mancha

AREA	INICIO	UNIDADES DE EXPLORACION	BASE DE DATOS POBLACIONAL
ALBACETE	1996	1 fija y 1 móvil	Tarjeta sanitaria
CIUDAD REAL	1993	2 fijas y 1 móvil*	Tarjeta sanitaria
CUENCA	1992	1 fija	Tarjeta sanitaria
GUADALAJARA	1995	1 fija y 1 móvil*	Tarjeta sanitaria
MANCHA CENTRO	1997	1 fija	Tarjeta sanitaria
PUERTOLLANO	1993	1 fija	Tarjeta sanitaria
TALAVERA	1992	1 fija	Tarjeta sanitaria
TOLEDO	1993	1 fija	Tarjeta sanitaria

**Ciudad Real y Guadalajara comparten la misma unidad móvil*

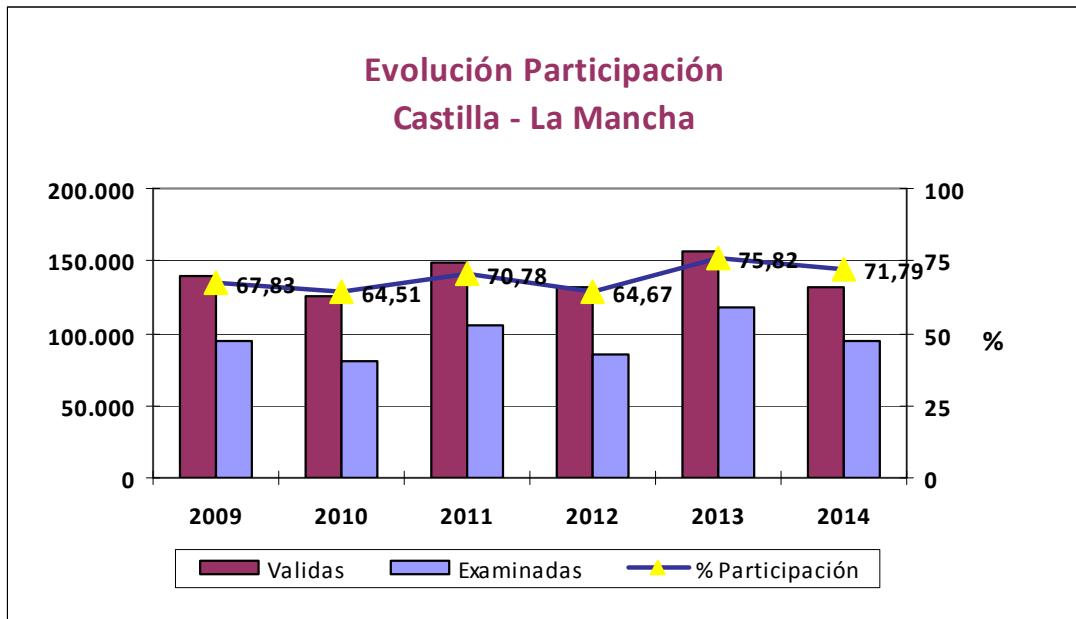
Las diferencias interanuales que se producen en la citación de la población diana están determinadas por el calendario de citas, según corresponda invitar a mujeres residentes en capitales de provincia y núcleos urbanos (de mayor población) o zonas rurales (con menor población). Esta es la razón por la que en cada campaña bienal la población diana no se divide exactamente por la mitad, considerando también las diferencias en la participación entre el medio rural y urbano, que contribuye a la generación de los picos existentes entre años pares e impares.

Otra contribución a las diferencias interanuales es la producida en el Area de Guadalajara. En 1995 se inició el PDPCM en esta provincia, invitando a participar a toda la población diana en el mismo año. Desde entonces, con objeto de mantener en esta Area la periodicidad bienal de la prueba, en los años impares se invita a

participar a toda la población diana, mientras que en los años pares se realizan las revisiones de control de las citas precoces (seguimientos cada 6 meses o al año), que implica un menor volumen de población participante con una adherencia muy elevada (superior al 95%). En 2008 se incluyeron invitaciones pendientes del año anterior.

Estas circunstancias son similares en el Area Mancha-Centro, incluida en el global de la provincia de Ciudad Real.

Fig.1



Como es posible apreciar en la Fig.1, en los últimos años se detecta una tendencia ascendente en la participación, más acusada en puntos porcentuales en los años impares, cuando se genera mayor cantidad de citas y mayoritariamente se invita a las mujeres residentes en grandes núcleos de población (medio urbano).

El estándar de participación recomendado para conseguir reducciones en la mortalidad del 25% en las Guías Europeas de cribado de cáncer de mama es del 70%, indicándose como cifra óptima el 75%, que se ha relacionado con una reducción del 30% en la mortalidad. Esta cifra óptima se alcanzó por primera vez en Castilla-La Mancha en el año 2013.

1. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA

Fig 2



La tendencia general y las variaciones interanuales se observan en todas las provincias de manera uniforme. Albacete es la provincia con el mayor incremento en la participación, que supera el 80% desde 2012. En 2012 se procedió en Ciudad Real a un reajuste técnico de agendas que redujo eventualmente la tasa de participación registrada, recuperada al año siguiente. La asistencia supera el 80% desde 2013.

Guadalajara supera el estándar europeo del 70% en la participación. Cuenca mantiene una tasa de participación sostenida, superior al 70% en los años en que se cita a población residente en medio urbano. En el Area de Talavera de la Reina ha aumentado el número de mujeres citadas y el de asistentes en términos absolutos durante los dos últimos años. En el Area sanitaria de Toledo se produjo en 2011 un cambio de unidad de exploración, y desde esa fecha se constató una tendencia ascendente en la tasa de participación que ha decrecido en el último año de análisis. Debido a problemas técnicos en el intercambio de información de la unidad de Toledo, es posible que la participación en el Área esté infraestimada.

2. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA Y GRUPO DE EDAD

Fig. 3

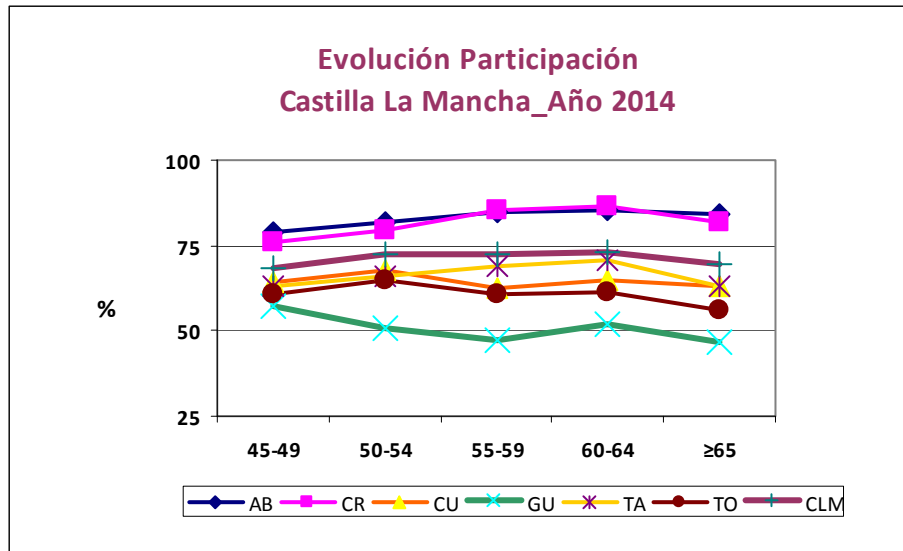
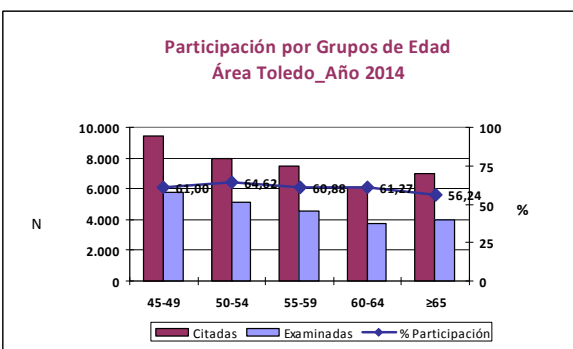
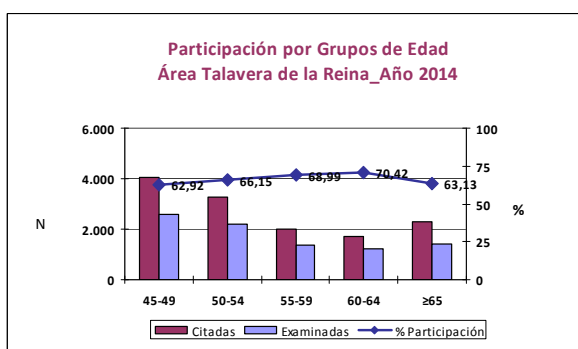
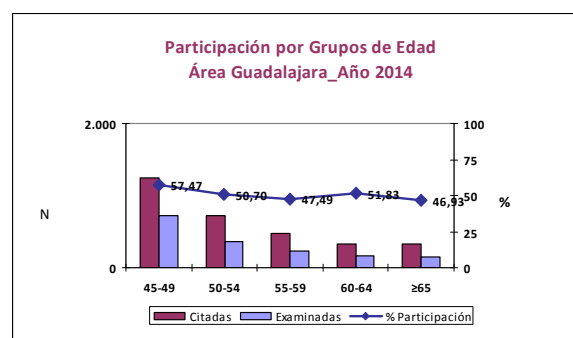
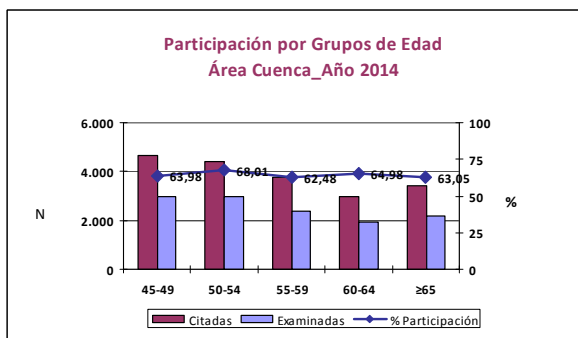
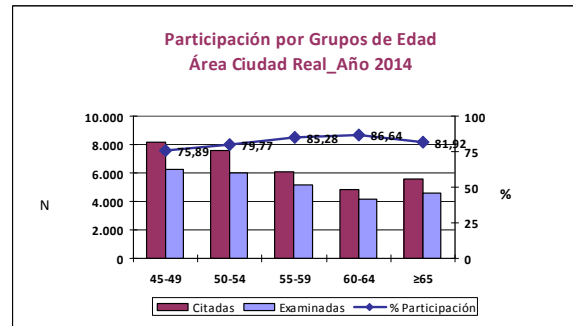
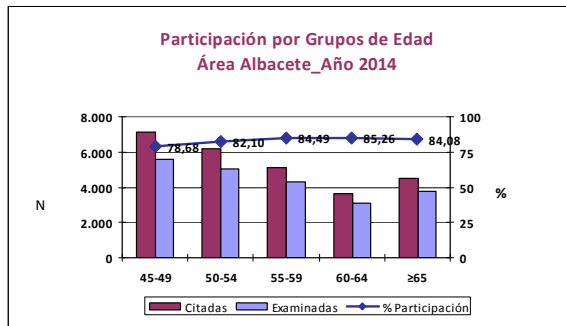
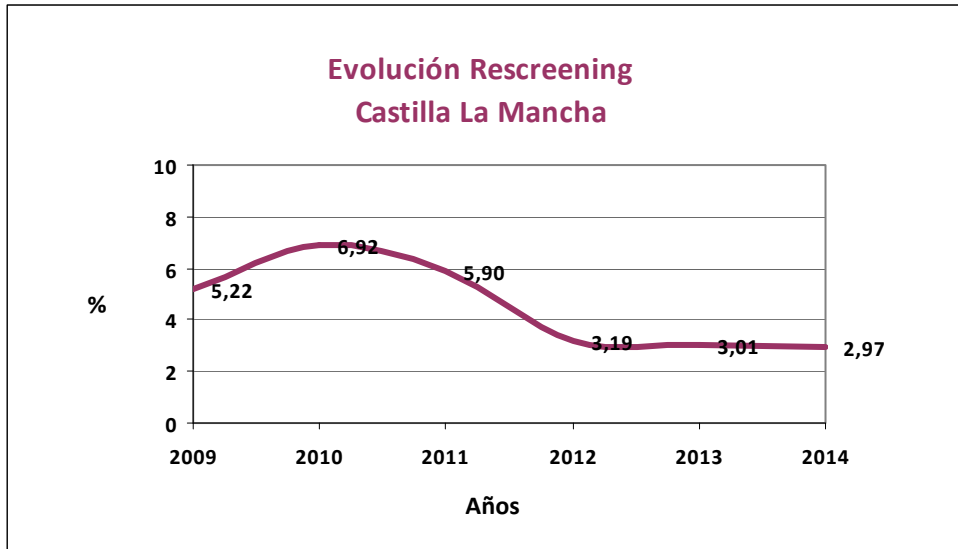


Fig. 4



RESCREENING (Pruebas no invasivas)

Fig. 5

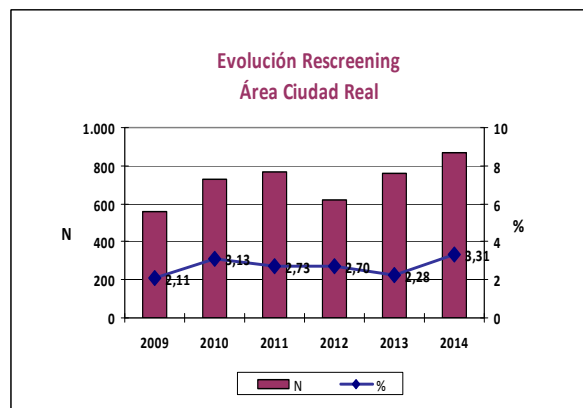
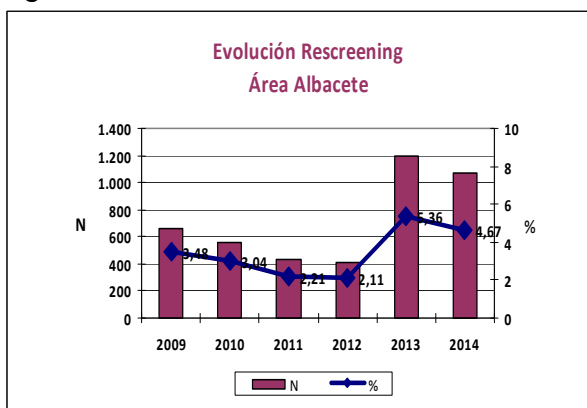


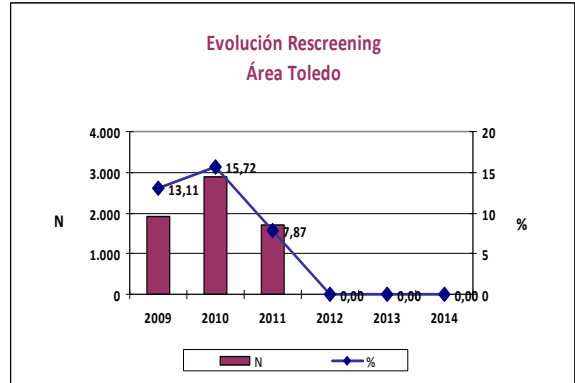
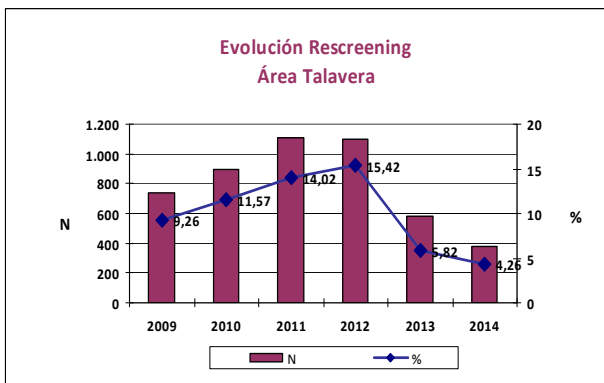
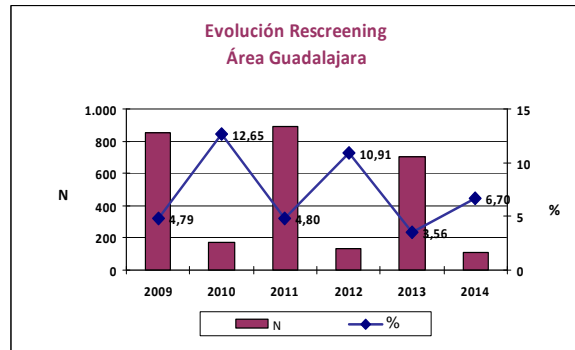
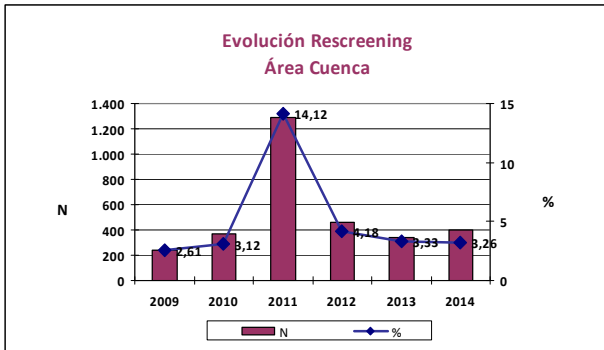
El rescreening hace referencia a la realización de pruebas complementarias no invasivas (mamografía ampliada o en otras posiciones, ecografía) cuando la prueba de cribado inicial no es concluyente (BIRADS 0, categoría temporal). El estándar óptimo según las Guías Europeas de cribado de cáncer de mama es que menos del 10% de las mujeres que participan en el cribado han de ser recitadas para rescreening.

A lo largo del periodo de estudio no se ha llegado a sobrepasar el indicador de calidad en ningún momento. Desde 2012 la tasa se mantiene en torno al 3%.

1. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA

Fig. 6





En Albacete se ha producido un incremento del rescreening en el año 2013 con respecto a los años anteriores. Cabe destacar que en esta provincia se produjo en 2013 el paso de mamografía analógica a imagen digital (unidad móvil) o digitalizada CR (unidad fija).

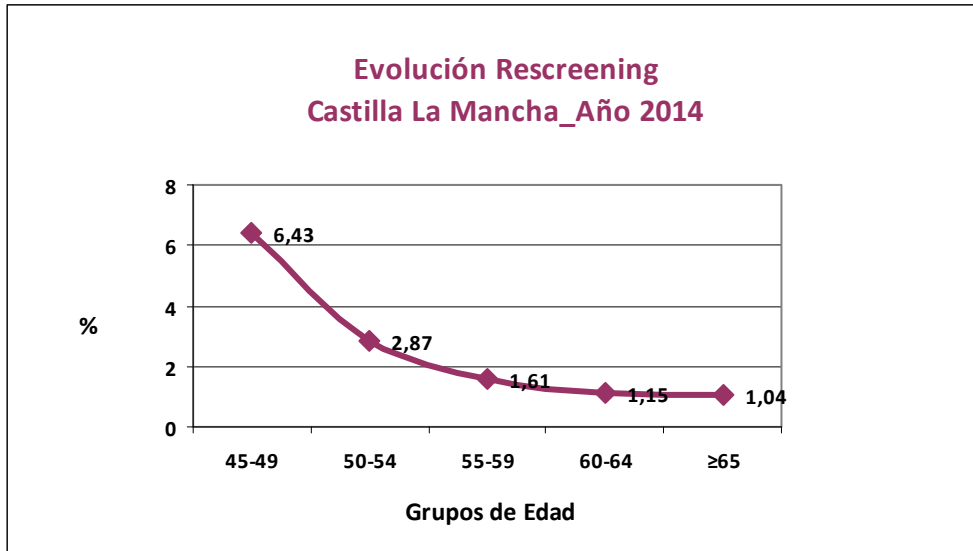
En Cuenca se registró un incremento puntual del rescreening en el año 2011, año en que se produjo el relevo del radiólogo principal.

En el Area de Talavera de la Reina se incrementó el número de ecografías durante los años 2011 y 2012, coincidiendo con el cambio de adjudicatario y de radiólogo lector. En 2013 hay un nuevo cambio de adjudicatario, que pone al servicio del PDPCM radiólogos lectores que habían ya trabajado en el mismo. Además, el mamógrafo utilizado dispone de tecnología digital.

En Toledo, desde mitad de 2011 en que cambia la unidad de exploración (Servicio de Radiodiagnóstico del hospital Virgen de la Salud), se observa la desaparición del indicador, ya que no se registra el BIRADS 0 (no concluyente), categoría provisional a la espera de la realización de pruebas complementarias (Rescreening). Por este motivo, no se dispone de datos para comparar con el resto de Áreas sanitarias.

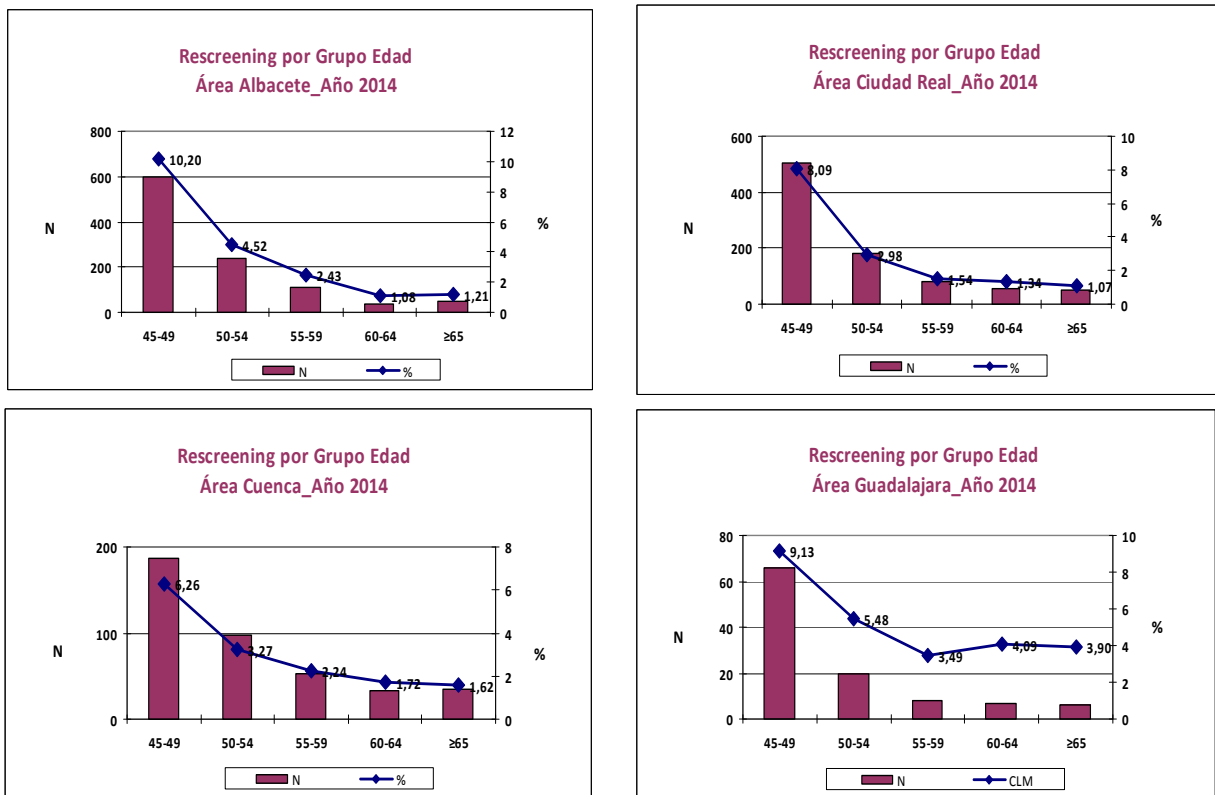
2. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA Y GRUPO DE EDAD

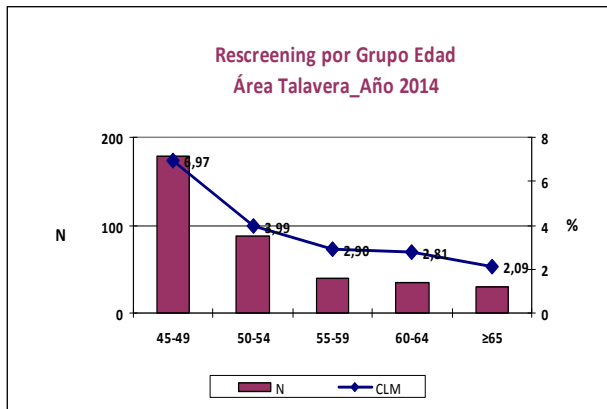
Fig. 7



Como cabe esperar, las mujeres más jóvenes son las que más se someten a pruebas adicionales no invasivas. Esta circunstancia tiene que ver con la capacidad diagnóstica de la prueba de cribado (sensibilidad y especificidad) y la mayor densidad mamaria en las mujeres jóvenes. No hay diferencias entre provincias.

Fig. 8



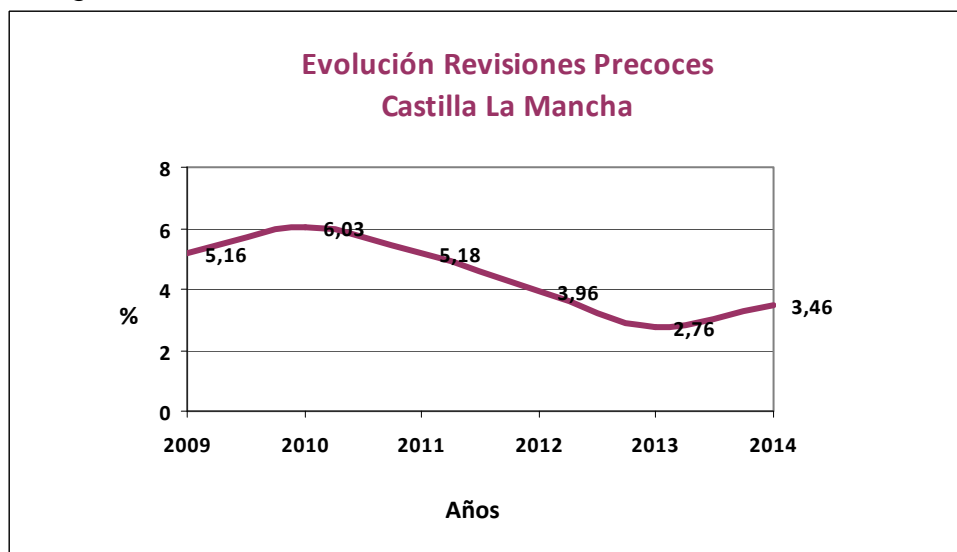


CITAS PRECOCES (Revisiones intermedias de seguimiento)

Cuando el radiólogo lector determina la existencia de hallazgos relevantes con un mínimo riesgo de evolucionar a lesiones malignas (VPP < 2%), el protocolo del PDPCM permite, como alternativa a la derivación para la realización de pruebas adicionales invasivas –que generan muchos falsos positivos y una sobrecarga de trabajo al dispositivo asistencial–, una próxima revisión con una periodicidad inferior a la establecida (cada 2 años).

El caso es clasificado como BIRADS 3 y se requiere una segunda lectura de las placas por otro radiólogo (consultor). Si hay consenso, la conducta es nueva mamografía de control a los 6 meses o al año (seguimiento o cita precoz). En el disenso se adopta la categoría de peor pronóstico, para evitar los falsos negativos.

Fig. 9



En el último año se ha estabilizado la tendencia descendente en el número de revisiones intermedias, si bien se mantiene inferior al 5%, en relación con la mejora de la tecnología de las pruebas de imagen y a la experiencia de los radiólogos lectores.

1. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA

Fig. 10



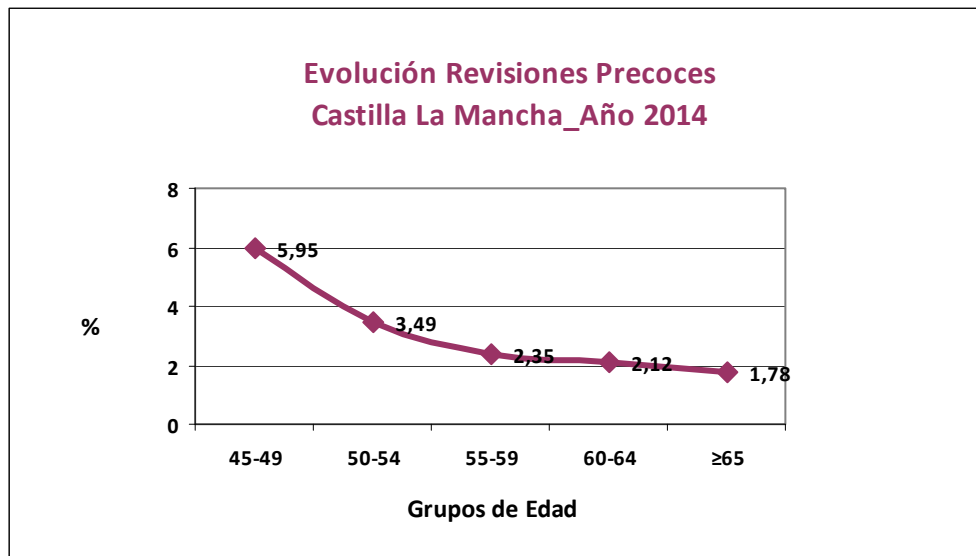
En el caso del Área de Toledo, no hay constancia de que se registre BIRADS 3 ni se lleven a cabo seguimientos precoces a 6 meses o 1 año. Probablemente, para agilizar la resolución del caso y en beneficio de la mujer, en caso de duda se realizan pruebas adicionales invasivas y en función del resultado de las mismas se procede a la reclasificación del caso (BIRADS 1 o 2 si prueba invasiva negativa, o BIRADS 4 o 5 si positiva). De esta forma, no existen falsos positivos ni negativos, obteniendo unos valores predictivos elevados.

Esta línea de actuación no coincide con lo establecido en el protocolo de cribado, aunque dado que la unidad de exploración se encuentra ubicada en un hospital que dispone de medios de diagnóstico y de tratamiento, permite la rápida resolución del caso.

No obstante, ha de tenerse en cuenta esta particularidad de la unidad de Toledo cuando se hacen valoraciones de los indicadores de actividad y los valores semiológicos de la prueba con los del resto de unidades de exploración, ya que no pueden ser comparables.

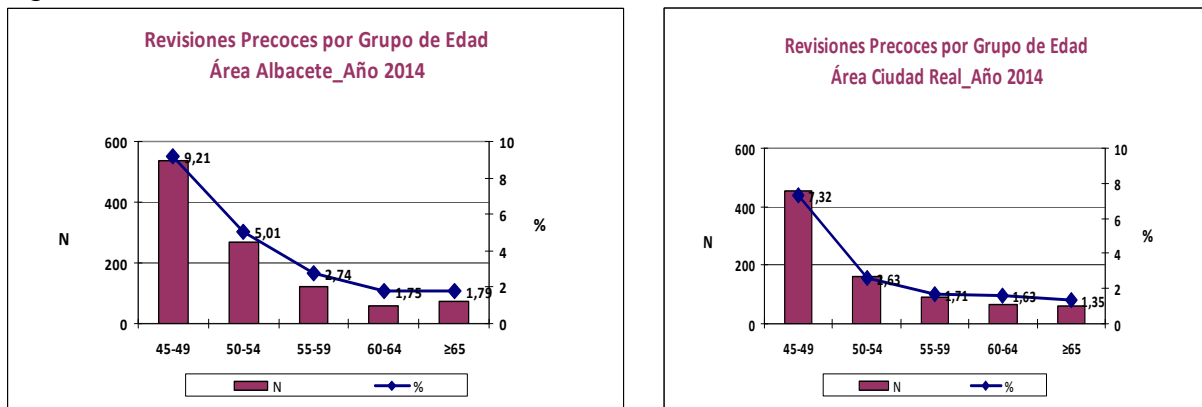
2. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA Y GRUPO DE EDAD

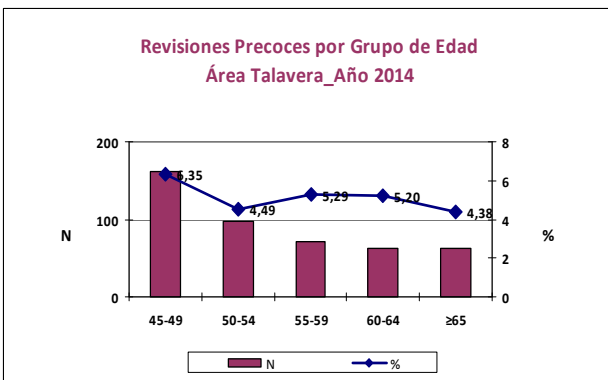
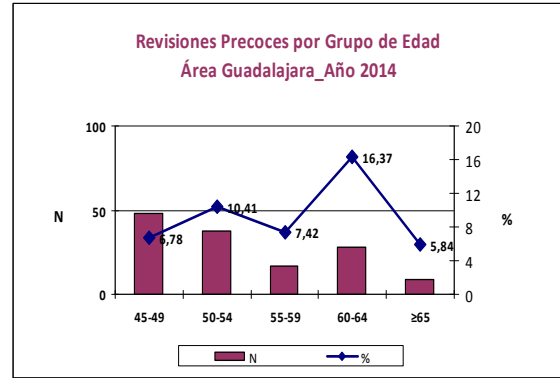
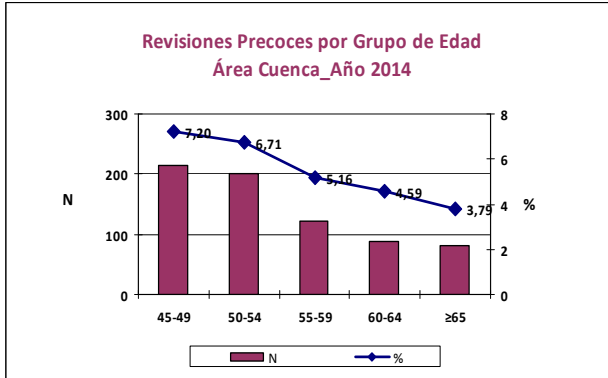
Fig. 11



La proporción más elevada de revisiones intermedias o precoces se produce en las mujeres de edades comprendidas entre los 45 y 55 años, debido a las características histológicas del tejido mamario y a la evolución de la mayoría de las lesiones en este grupo de edad. En Guadalajara el perfil es diferente ya que al ser año par solo se hacen revisiones precoces del año anterior, por lo que son nuevas revisiones precoces.

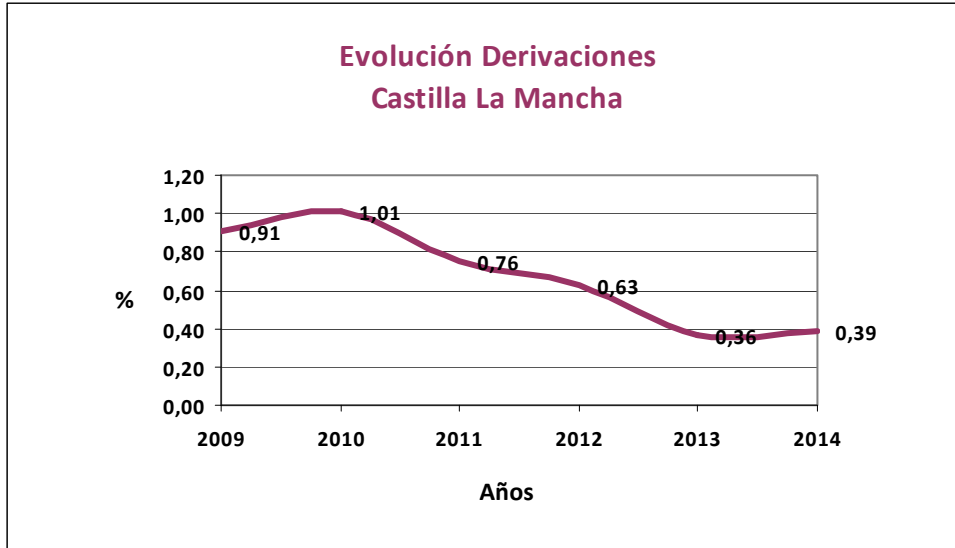
Fig. 12





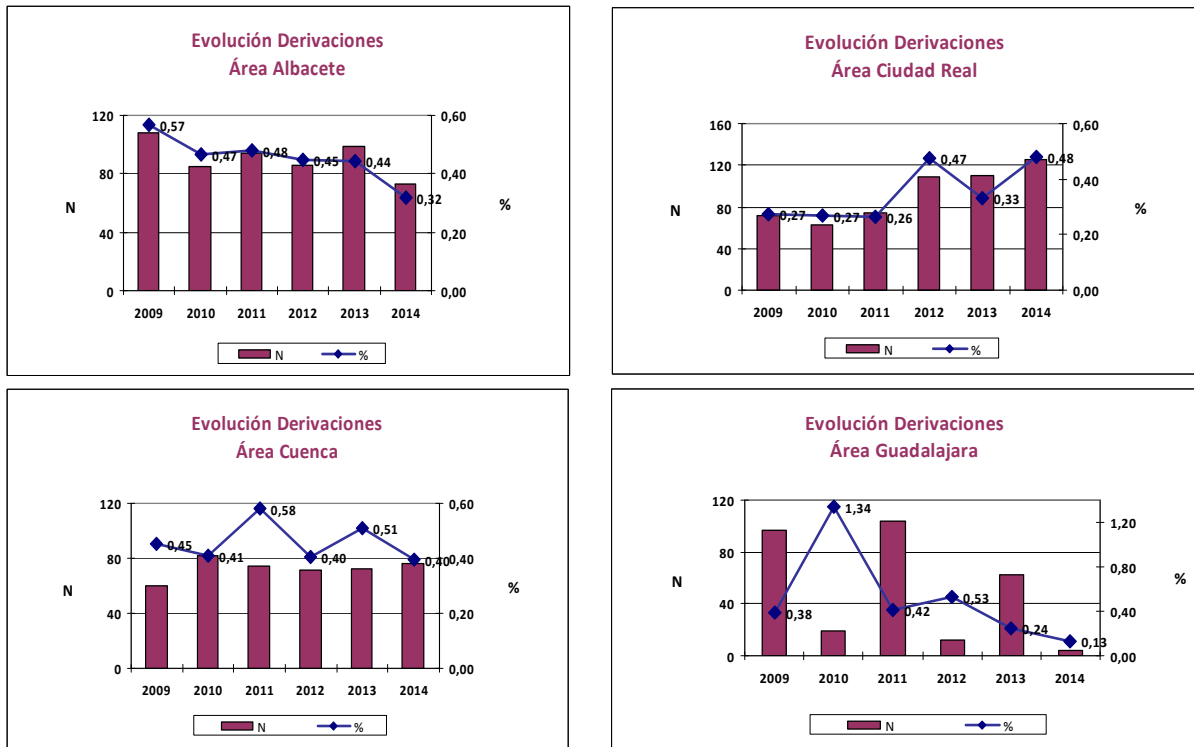
DERIVACIONES

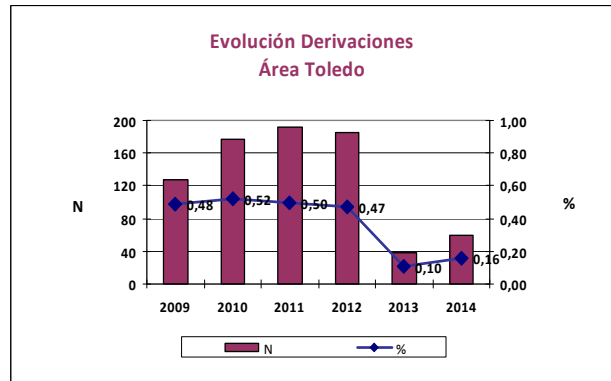
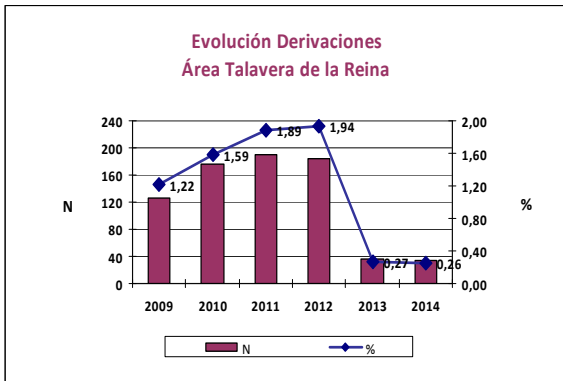
Fig. 12



1. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA

Fig. 13



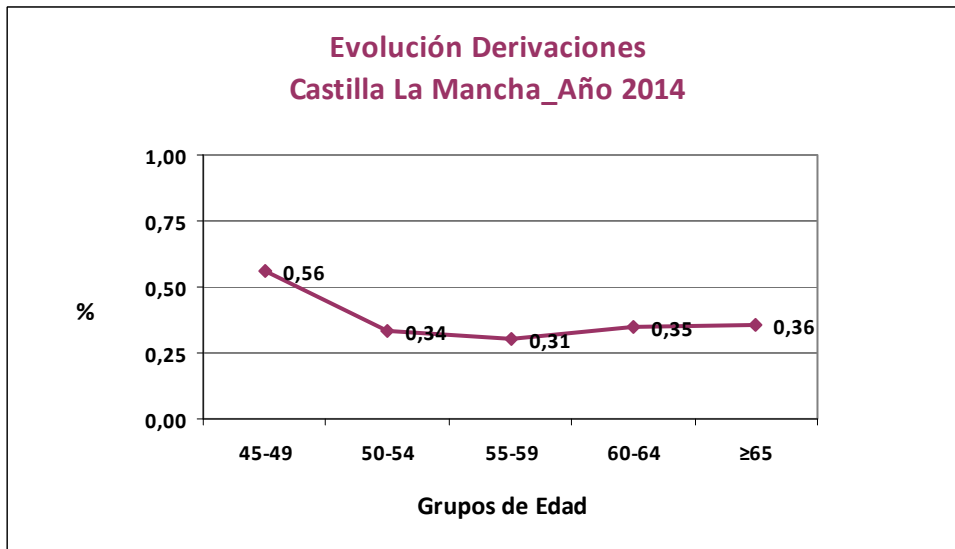


Desde 2010 se observa una tendencia descendente en el número de derivaciones al dispositivo asistencial (tasa de positividad), posiblemente en relación con la mejora del protocolo (implementación de BIRADS – 3 y seguimientos precoces) y de las tecnologías de las pruebas de imagen y la experiencia de los radiólogos lectores.

Desde 2013 el descenso es más acusado en Toledo y Talavera, coincidiendo con el cambio de radiólogos lectores en las unidades y teniendo en cuenta las particularidades del proceso de derivación en el hospital de Toledo.

2. NIVEL DE DESAGREGACION: PROVINCIA Y GRUPO DE EDAD

Fig. 14



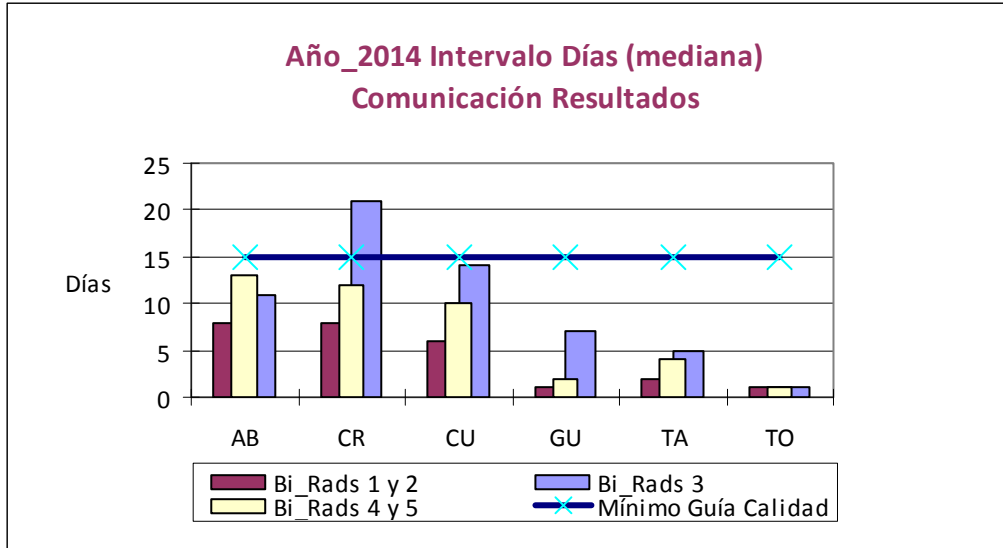
La proporción más elevada de derivaciones se produce en las mujeres de edades comprendidas entre los 45 y 55 años. Las diferencias entre provincias/Áreas en el número de casos en mujeres mayores de 59 tiene que ver con la magnitud del grupo etario en cada territorio.

Fig. 15



TIEMPOS PARA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Fig. 16



Según las Guías Europeas de calidad en el cribado del cáncer de mama, el intervalo de tiempo máximo entre la realización del examen mamográfico y la comunicación de resultados es de 15 días laborables, siendo el estándar deseable de 10 días laborables.

En el protocolo del PDPCM de Castilla-La Mancha se establece que el plazo de tiempo transcurrido entre la realización de las mamografías de cribado y la comunicación de resultados (fecha de emisión de informe) no será superior a 8 días en las categorías BI-RADS 1 y 2 (comunicación de resultados a la usuaria) y BI-RADS 4, 5 (comunicación de resultados al sistema sanitario). En los casos en que haya rescreeing (BIRADS 0) o necesidad de doble lectura (BIRADS 3) el plazo se amplía a 11 días.

Fig. 17

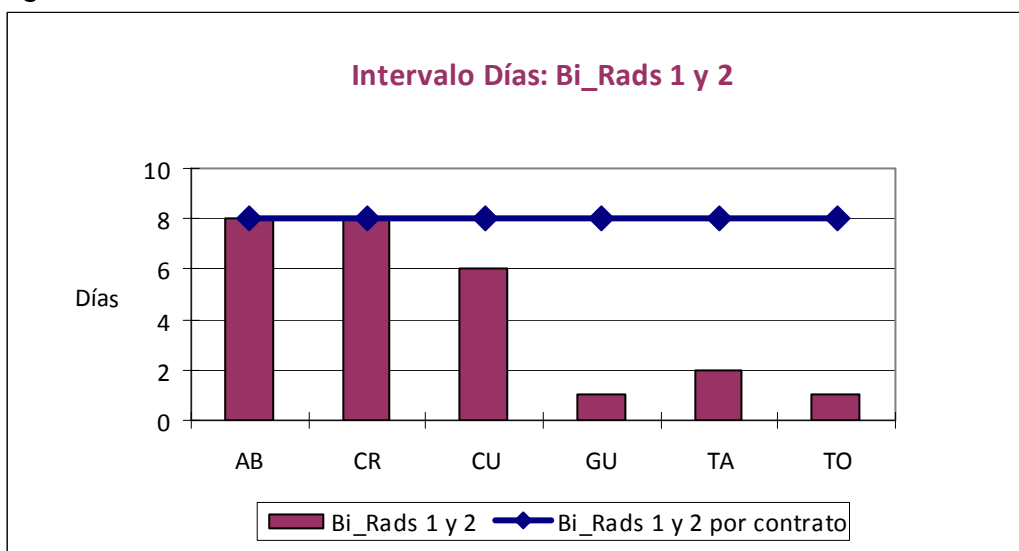


Fig. 18

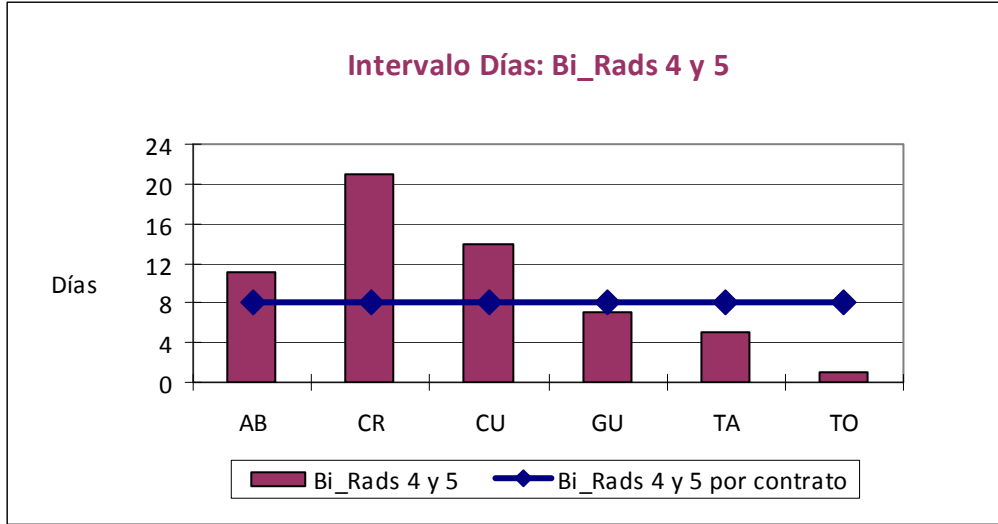
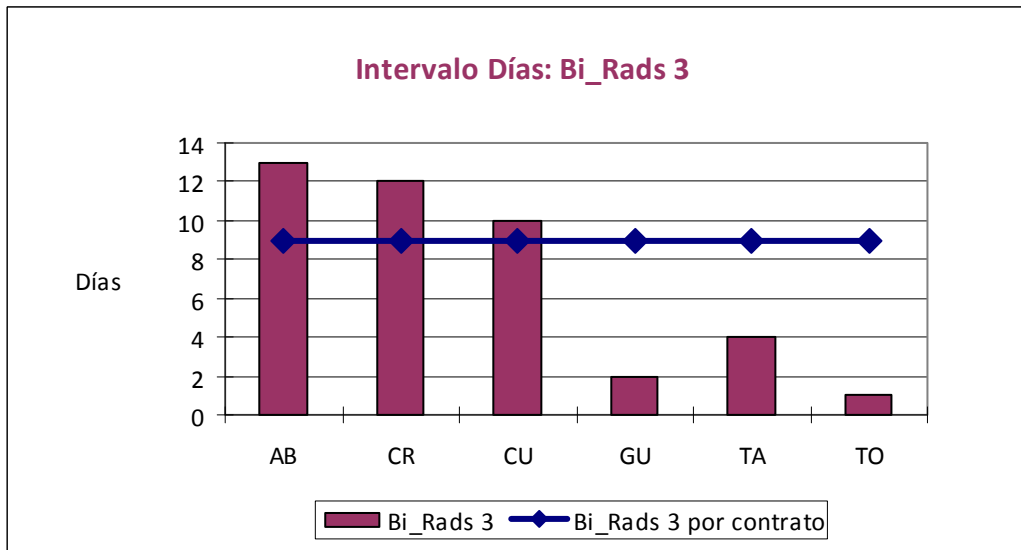


Fig 19



EVALUACION PDPCM 2012 RESUMEN DATOS DE IMPACTO

El seguimiento de casos de mujeres derivadas (BIRADS 4 y 5) para confirmación diagnóstica se realiza a través del cruce de registros de la CMBD del año en estudio con los códigos CIE de cáncer de mama y los registros de mujeres derivadas de la base de datos del repositorio del PDPCM.

Se procede después a la localización de los casos coincidentes mediante el rastreo de las historias clínicas de atención primaria y especializada por parte de los técnicos de Salud Pública. Una vez revisada la historia clínica, se recogen las variables de interés

En una última fase, también se investigan los casos detectados en la CMBD en mujeres no participantes y no derivadas por el PDPCM. Finalmente se procede a la clasificación de casos para el estudio:

CLASIFICACION DE CASOS

CDP - Cáncer detectado por el Programa (mujeres participantes).

CI - Cáncer de intervalo.

CNA - Cáncer en no asistente.

C.Exc - Cáncer en excluidas.

CNC - Cáncer en no censadas (NO TIS).

Nº DE CASOS

	2012 (N)
Cáncer detectados por el programa	230
Cáncer de intervalo	95
Cáncer no asistente	109
Cáncer excluida	26
Cáncer no censadas	21
Total	481

Tabla 1 Distribución de los diagnósticos según clasificación.

	2012 (%)
Cáncer detectados por el programa	47,82
Cáncer de intervalo	19,75
Cáncer no asistente	22,66
Cáncer excluida	5,41
Cáncer no censadas	4,37
Total	100,0

Tabla 2 Distribución según clasificación de los indicadores de extensión al diagnóstico de cáncer de mama en la población diana.

	Carcinoma invasivo %	Tamaño tumor <=10mm %	Estadio>=II%	Sin afectación ganglionar %
CDP	84,35	32,63	42,99	55,26
CI	91,58	5,95	63,93	44,19
CNA	98,91	12,36	46,6	52,75
C.Exc	76,92	16,67	32	52,63
CNC	85,71	21,43	70,59	13,33
Estándar	>80-90	>25-30	<30	>70-75

Tabla 3 Distribución de los diagnósticos según edad y clasificación.

%	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	70 años y mas
CDP	22,2	19,6	17,8	17,4	19,6	1,7
CI	22,1	25,3	22,1	11,6	17,9	1,1
CNA	21,5	23,4	16,8	13,1	20,6	4,7
C.Exc.	15,4	23,1	23,1	7,7	11,5	19,2
CNC	25	35	10	15	15	0

Tabla 4 Distribución de los diagnósticos según tipo histológico y clasificación.

%	Ductal in situ	Ductal invasivo	Lobulillar invasivo	Otros
CDP	13,6	74,56	5,26	6,58
CI	7,45	76,60	12,77	3,19
CNA	8,41	76,64	6,54	8,41
C.Exc	23,08	53,85	19,23	3,85
CNC	5,26	78,95	10,53	5,26

Tabla 5 Distribución según clasificación de los indicadores de extensión al diagnóstico en los casos detectados por el Programa según provincia/Area sanitaria

	Carcinoma invasivo (%)	T<=10 mm (%)	Estadio >=II (%)	Sin Afectación Ganglionar (%)
Albacete	88,14	49,02	39,29	59,62
Ciudad Real	88,46	26,09	46,15	52,17
Cuenca	73,8	15,79	39,13	55,56
Guadalajara	100	0	80	0
Talavera	77,78	44,44	33,33	55,56
Toledo	85,06	27,03	45,98	56,76
Castilla-La Mancha	84,35	32,63	42,99	55,26

Gráfico 1 Distribución proporción carcinoma invasivo según provincia/Area sanitaria

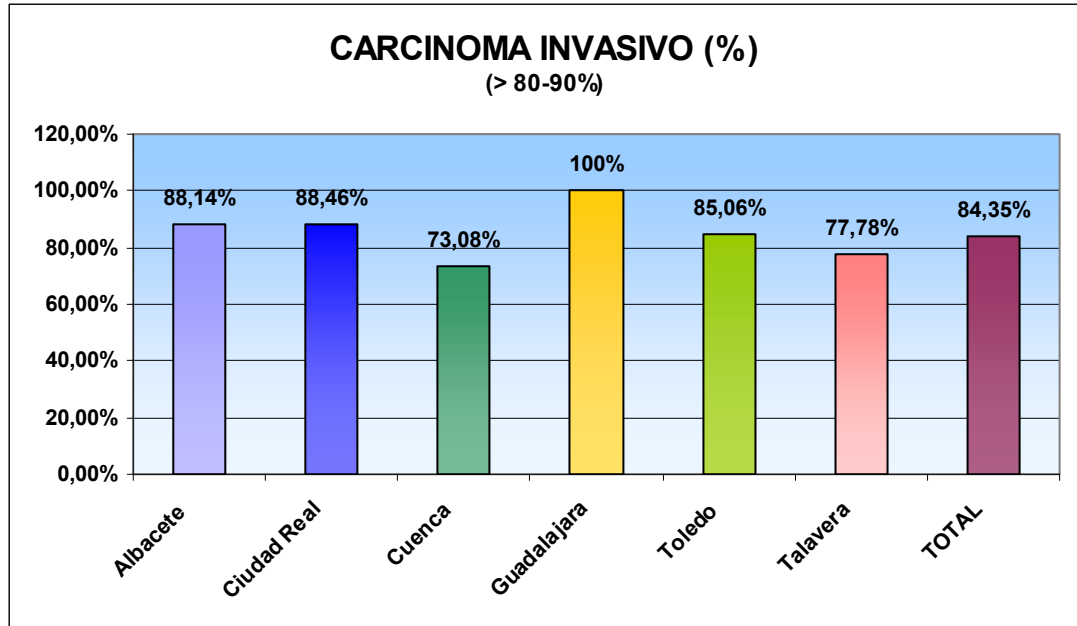


Gráfico 2 Distribución proporción tamaño < 10mm según provincia/Area sanitaria

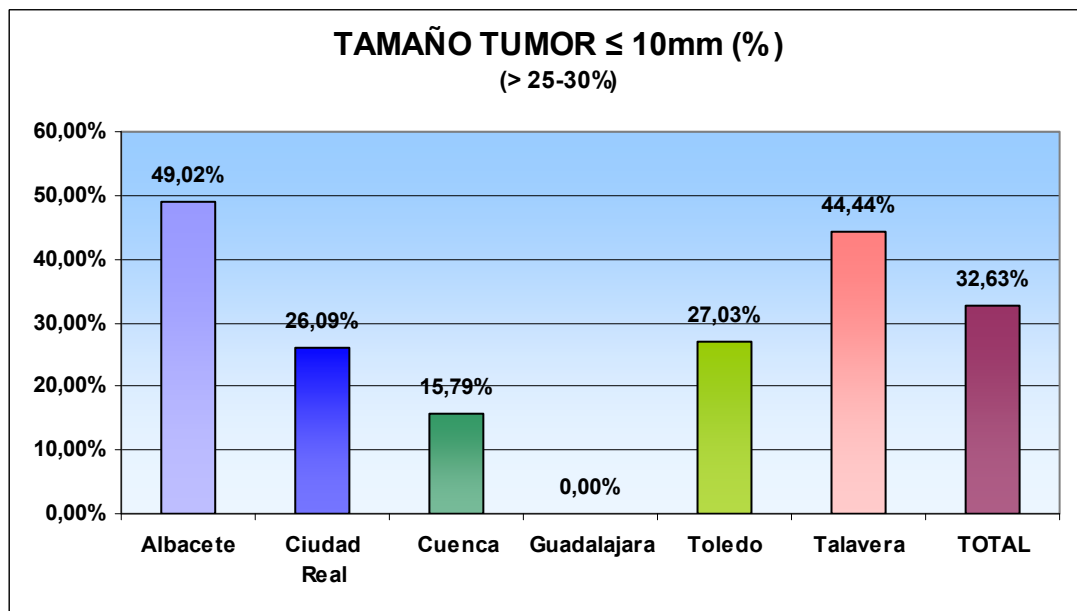


Grafico 3 Distribución proporción estadio >II según provincia/Area sanitaria

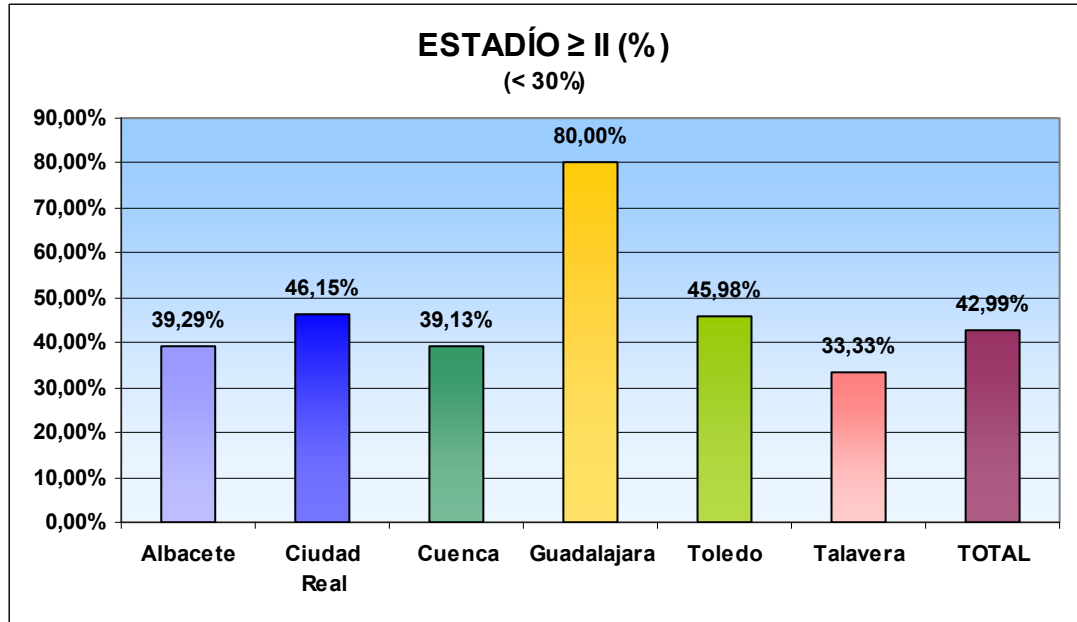


Grafico 4 Distribución proporción sin afectación ganglionar según provincia/Area sanitaria

